harm reduction - basisinfo | dossier

VAD Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
E.Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

studie en redactie
Ilse De Maeseneire, stafmedewerker VAD
Hilde Kinable, stafmedewerker VAD

lay out en druk
EPO drukkerij

reeks publicaties
harm reduction - basisinfo | dossier
pill testing | dossier
gecontroleerde heroïneverstrekking | dossier
betaling van gebruikers van illegale drugs voor
medewerking aan wetenschappelijk onderzoek | dossier

verantwoordelijke uitgever
S. Ansoms | E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel
wettelijk depotnummer D/2003/6030/7 | © december 2003

Vereniging voor alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudstafel

1 ▸ Inleiding

We komen de term harm reduction steeds vaker tegen in het werkveld van alcohol en andere drugs. Internationale organisaties, zoals bijvoorbeeld de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) of de United Nations Drug Control Program (UNDCP), erkennen tegenwoordig de intrinsieke waarde van harm-reductionprogramma's voor de volksgezondheid.

Het begrip harm reduction heeft in haar relatief korte bestaan echter al een behoorlijke inflatie doorstaan. Het begrip wordt immers wereldwijd door mensen gebruikt in zeer verschillende betekenissen, in diverse ideologische kaders en in uiteenlopende contexten.

Alsmaar meer stemmen roepen om een duidelijke definitie en afbakening van het begrip. Recent werden enkele lovenswaardige pogingen ondernomen om hiertoe te komen, onder meer door de International Harm Reduction Association (IHRA), de overkoepelende beweging van aanhangers van de harm-reductionfilosofie over de hele wereld.

Ook VAD krijgt regelmatig vragen over harm reduction, zowel over de inhoud van het begrip als over de concrete harm-reductionprojecten die in ons land lopen. Het dossier dat voor u ligt komt aan deze vragen tegemoet.

In juli 2003 legden we het dossier voor aan vertegenwoordigers uit het werkveld op een rondetafel met tot doel een gemeenschappelijk standpunt over harm reduction te realiseren. Hun aanvullingen gestoeld op praktijkervaringen hebben we mee verwerkt in het dossier. We willen dan ook graag de mensen uit de alcohol- en drugsector bedanken die actief hebben meegewerkt aan het dossier en aan de formulering van een visie over harm reduction: M. Blondeel (Kompas), J. Claessens (Primavera), E. Daenen (SODA), R. De Cuyper (PC Sleidinge), W. De Maere (Free Clinic), I. De Maeseneire (VAD), J. Desmet (Altox), W. Devriendt (VAD), M. Follou (CAD Limburg), G. Geeraerts (VAD), M. Geirnaert (VAD), J. Haest (Altox), H. Kinable (VAD), C. Özdemir (MSOC Limburg), J. Schrooten (VAD), M. Tack (CAT), J. Van Boechaute (MSOC Gent), T. Van Havere (VAD), M. Van Hex (CAD Limburg), L. Van Moerkerke (Vlastrov), P. Van der Kreeft (De Sleutel), B. Vercauteren (CGG De Drie Stromen), W. Verhelst (Vlastrov), A.M. Vermassen (ADIC), G. Verstuyf (VAD), T. Windelinckx (Free Clinic).

Wat heeft dit dossier de lezer te bieden? We formuleren een duidelijke begripsomschrijving, gemotiveerd vanuit de wetenschappelijke literatuur en het werkveld. Verder schetsen we de ontstaansgeschiedenis van de harm-reductionbeweging. Uit dit verhaal blijkt dat er in de loop van de evolutie van deze beweging gaandeweg

verwarring over een aantal termen is ontstaan: hoe verhouden risicovermindering en schadebeperking zich tegenover elkaar? Wat is het verschil tussen harm reduction en abstinentie? Tussen harm reduction en legalisering? Heeft harm reduction een plaats in de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening? Kan men spreken van harm reduction op het vlak van alcohol? Het dossier gaat hier kort op in. Het dossier biedt ook een overzicht van de belangrijkste argumenten van voor- en tegenstanders van harm reduction en een aantal kritische kanttekeningen. Verder vindt u een overzicht van harm-reductioninitiatieven in binnen- en buitenland, waarbij we wat België betreft naar volledigheid streven, uiteraard op het moment van de samenstelling van dit dossier. Op het terrein van harm reduction worden immers voortdurend nieuwe initiatieven ontwikkeld en geïmplementeerd, zodat elk overzicht noodgedwongen tot op zekere hoogte gedateerd is. We besluiten het dossier met de visie van de sector.

2 ▸ Begripsomschrijving

A. *Definiëring van harm reduction*

De harm-reductionfilosofie en haar uitgangspunten

Harm reduction staat voor een welbepaald denkkader. Ernst Buning (1990) omschreef dat kader boudweg als volgt:

> *"If it is not possible to cure the drugs users, one should at least try to minimise the harm that is being done to them and the wider environment."*

Dit is de filosofie in een notendop. In het verleden hebben reeds heel wat auteurs getracht om dit verder uit te werken in de essentiële uitgangspunten van harm reduction (McDermott, 1992; Des Jarlais & Friedman, 1993; Mugford, 1993; Berridge, 1993). Onlangs heeft de IHRA de uitgangspunten van harm reduction, zoals die algemeen door haar leden worden aanvaard, gebundeld en gepubliceerd op haar website (IHRA, 2002a). Het zijn er acht en ze worden als volgt omschreven:

- Realisme en pragmatisme: men aanvaardt dat legale én illegale drugs deel uitmaken van onze wereld en men kiest ervoor om de schade die voortvloeit uit dit gebruik zo laag mogelijk te houden, eerder dan ze te negeren of ze te veroordelen.
- Men vindt dat druggebruik een complex, veelzijdig fenomeen is en men erkent dat sommige wijzen van druggebruik meer risico's inhouden dan andere.
- Men streeft het welzijn en de kwaliteit van het individuele en gemeenschapsleven na, wat niet noodzakelijk een stoppen met gebruik inhoudt.
- Men organiseert een niet-veroordelend, niet-gedwongen aanbod van voorzieningen en diensten voor druggebruikers en hun omgeving om hen te helpen de druggerelateerde schade te beperken.
- Men erkent de stem, de mening van (ex-)druggebruikers en houdt er rekening mee in het beleid en in de programma's die voor hen worden georganiseerd.
- Men erkent dat het in de eerste plaats de druggebruikers zelf zijn die de schade kunnen beperken. Men stimuleert hen daarom om elkaar informatie te geven en men ondersteunt hen in de strategieën die ze kunnen gebruiken om druggerelateerde schade zoveel mogelijk te beperken.
- Men erkent dat armoede, sociale klasse, racisme, sociaal isolement, traumatische ervaringen, seksisme en andere sociale onrechtvaardigheden een invloed hebben

op de kwetsbaarheid van mensen voor druggerelateerde schade en op de wijze waarop ze hiermee omspringen [1].

- Men wil de reële schade en de gevaren die illegaledruggebruik met zich kan meebrengen niet minimaliseren.

De definitie van harm reduction

Sinds het begin van de jaren tachtig werd al heel wat geschreven over harm reduction. Auteurs deden pogingen om een eenduidige definitie op te stellen en om het begrip nauwkeurig te omschrijven. Maar naarmate het begrip ruimere bekendheid verwierf, werden alsmaar meer initiatieven gecatalogeerd onder de noemer van harm reduction en werd het steeds vager en onduidelijker wat er nu precies mee werd bedoeld. Hierdoor dreigde het begrip uitgehold en betekenisloos te worden.
Recent heeft de IHRA dit gevaar ingezien. Ze heeft daarom, als mondiale en toonaangevende harm-reductionbeweging, op haar website de concrete aanbeveling geformuleerd om het begrip te definiëren (2002b) als "beleidsmaatregelen en programma's die erop zijn gericht om in de eerste plaats de negatieve gezondheids-, sociale en economische gevolgen van het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen te verminderen voor de individuele gebruikers, hun families en hun omgeving"[2].
Volgens Lenton & Midford (1996) kan men harm-reductionprogramma's onderscheiden van andere programma's door het feit dat harm reduction een doel is en geen middel. Vermindering van gebruik kan een middel zijn om schade te beperken, maar vanaf het moment dat dit ook het doel is, is het geen harm reduction meer.
Lenton & Single (1998) stelden dat het begrip harm reduction drie essentiële, definiërende componenten omvat:

- De hoofddoelstelling van een harm-reductioninitiatief is de vermindering van schade ten gevolge van druggebruik en niet de vermindering van het gebruik zelf.

- Wanneer een harm-reductioninitiatief zich richt op een vermindering in druggebruik, is dat in de eerste plaats bedoeld als strategie om de druggerelateerde schade te beperken. Harm reduction is dus niet in tegenspraak met abstinentie, maar

1 Nvdr: ook onze hedonistische maatschappij en een levensstijl van consumeren en directe behoeftebevrediging oefenen een invloed uit op druggerelateerde schade.

2 "policies and programmes which attempt primarily to reduce the adverse health, social and economic consequences of mood altering substances to individual drug users, their families and their communities".

geeft wel de prioriteit aan een pragmatische aanpak met resultaten op korte termijn: schadebeperking voor druggebruikers van wie men niet kan verwachten dat ze hun gebruik onmiddellijk kunnen of willen stopzetten.

- Een harm-reductioninitiatief omvat strategieën om na te gaan in welke mate er een netto-afname van de druggerelateerde schade is gerealiseerd of zal gerealiseerd worden.

Stockwell (2002) voegt hier nog aan toe dat dé eigenschap die harm reduction van andere benaderingen onderscheidt, is dat men een actie onderneemt die erop is gericht om de schade ten gevolge van middelengebruik zoveel mogelijk in te perken **zonder dat het noodzakelijk is dat men het gebruik zelf terugdringt**.

Omdat we vinden dat de definitie van de IHRA enigszins vaag blijft, kiezen we voor een meer concreet uitgewerkte versie, die elementen van de definitie van Lenton & Single en van Stockwell integreert. We stellen voor om harm reduction als volgt te omschrijven:

Harm reduction wil de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psychoactieve middelen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving. Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van een daling van het gebruik. Essentiële kenmerken zijn:

- de pragmatische aanpak: er wordt op korte termijn of kort op de bal gespeeld, er wordt gewerkt met de situatie zoals die zich voordoet;
- het vrij zijn van waardeoordelen: dit betekent dat er geen morele uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld het druggebruik;
- de participatieve aanpak: het erkennen van de gebruiker als actieve actor.

B. *Geschiedenis van harm reduction*

De officiële start van de harm-reductionbeweging vond plaats in 1990, toen de IHRA boven de doopvont werd gehouden en haar eerste congres organiseerde in Liverpool (Fromberg, 1995). Het is dus een nog erg jonge beweging.

Het denken in termen van schadebeperking dateert echter al van vroeger. Wiebel (2001) wijst erop dat we het schadebeperkend denken kunnen beschouwen als een normale, beschermende reflex van groepen: wanneer mensen een bedreiging voor hun welzijn ontdekken, gaan ze automatisch op zoek naar wijzen waarop ze het gevaar zoveel mogelijk kunnen inperken. Buning (2002b) zit op dezelfde lijn wanneer hij met enkele voorbeelden aantoont dat het schadebeperkend denken ook op andere terreinen, zoals autorijden en roken, gemeengoed is.

Erickson (1999) schetst de geschiedenis van het schadebeperkend denken tijdens de laatste 35 jaar in drie fasen.
Tijdens de eerste fase, vanaf begin jaren '60, ontstond de bezorgdheid van de publieke opinie over de legale drugs: alcohol en tabak. In diezelfde periode vond het pionierswerk plaats van Dole en Nyswander op het vlak van methadononderhoudsbehandelingen (Rosenbaum, 1997), die zo het pad effenden voor het harm-reductiondenken.
In de tweede fase, vanaf 1990, concentreerde men zich op de risico's van HIV-besmetting bij injecterende druggebruikers. Een belangrijk kenmerk van die periode is het feit dat druggebruikers zelf betrokken werden bij de initiatieven die voor hen waren bedoeld.
Volgens de auteur zijn we nu, vanaf eind jaren '90, in de derde fase gekomen. In deze fase heeft men beide invalshoeken geïntegreerd in een totale benadering van de volksgezondheid, waarbij men zowel aandacht heeft voor legale als voor illegale drugs. Erickson merkt op dat vanaf deze fase de harm-reductionbeweging is beginnen doorwegen op het drugbeleid van landen.

Vroeger noemde men harm reduction secundaire en tertiaire preventie (Buning, 2002a)[3]. De term harm reduction werd voor het eerst gebruikt in het begin van de jaren tachtig (IHRA, 2002b). Hij werd toen gedefinieerd als "programma's en beleidsmaatregelen die de negatieve gevolgen voor de gezondheid van het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen willen verminderen". Harm reduction moest *in concreto*

[3] De termen secundaire en tertiaire preventie hebben een medische connotatie en hebben in een sociale context een andere invulling nodig (De Cauter, 1990). In een medisch discours staat primaire preventie voor het voorkomen van een ziekte; secundaire preventie voor het identificeren van mensen die nog in een vroeg stadium van een ziekte verkeren, zodat gerichte behandeling of gedrags- of omgevingsverandering mogelijk is om erger te voorkomen; tertiaire preventie voor het beheersen van een handicap of ziekte om een verdere invalidering te voorkomen bij mensen die getroffen zijn door een ziekte of handicap (Brug *et al.*, 2000).

een antwoord bieden op de HIV-epidemie onder injecterende druggebruikers (Stockwell, 2002). Naar analogie met de HIV-preventie op seksueel vlak, waar de boodschap focuste op veilige seks in plaats van onthouding, formuleerde men doelstellingen die te maken hadden met veiliger gebruiken – meestal injecteren – van drugs.

Vooral in de beginperiode gebruikte men de term harm reduction in een zeer enge betekenis, namelijk enkel voor de initiatieven en beleidsmaatregelen die erop waren gericht om druggerelateerde schade te beperken onder mensen die drugs bleven gebruiken. Initiatieven gericht op abstinentie vallen dan uit de boot (Lenton & Single, 1998).

In tegenstelling hiermee werd in de loop der jaren harm reduction soms in een zeer brede betekenis gehanteerd, als dusdanig elke maatregel omvattend die erop gericht is om druggerelateerde schade zoveel mogelijk te beperken. Een dergelijke definitie kan zo breed en allesomvattend zijn, dat elk drugprogramma of -beleid onder deze noemer valt (Lenton & Single, 1998). In dat geval verliest de term zijn specifieke inhoud en verwordt ze tot een betekenisloos, uitgehold begrip.

Het is een natuurlijk proces dat men in de beginperiode van een nieuwe beweging moet zoeken naar een heldere begripsomschrijving die de lading dekt. Erickson (1995) wees hier reeds op toen hij stelde:

> *"... that our interpretations of the term tend to change over time and this is a healthy proces that is essential in the full articulation of an 'emerging public health perspective'."*

Maar doorheen deze zoektocht naar een correcte en duidelijke begripsomschrijving is in de loop der jaren een aantal onduidelijkheden ontstaan, die we in de volgende paragrafen kort zullen toelichten.

c. Verduidelijking van enkele begrippen

Schadebeperking versus risicovermindering

Centraal in het begrip harm reduction staat de term schade (harm). Schade ten gevolge van druggebruik kan zich voordoen op verschillende terreinen en op diverse niveaus. Newcombe (1992) vatte deze samen in het volgende schema:

NIVEAU	TYPE		
	gezondheid	sociaal	economisch
individueel			
directe omgeving			
samenleving			

Newcombe gebruikte dit schema om niet enkel de schadelijke effecten, maar ook de positieve effecten van druggebruik in kaart te brengen.

De meeste positieve en negatieve gevolgen van middelengebruik kunnen in één van deze cellen worden ondergebracht[4]. We illustreren dit met enkele voorbeelden. Levercirrose ten gevolge van excessief alcoholgebruik wordt volgens dit schema geklasseerd bij schade voor de individuele gezondheid. Recreatief alcoholgebruik als middel om vlotter sociale contacten te kunnen leggen, komt in het vakje individueel voordeel op sociaal vlak. De stigmatisering van verwanten van druggebruikers hoort thuis bij sociale schade op het niveau van de primaire relaties. De kosten om de drugwet te doen naleven vallen onder de categorie economische schade op het niveau van de samenleving. Ook andere auteurs maken een gelijkaardige classificatie (bijvoorbeeld Buning, 2002b).

MacCoun & Reuter (2001) stelden een taxonomie samen van druggerelateerde schade, die een concreet overzicht biedt van alle mogelijke schade (zie bijlage b).

De begrippen schade en risico worden in de context van harm reduction vaak door elkaar gebruikt. Ze hebben nochtans een verschillende betekenis. Volgens Van Dale betekent schade “nadeel dat voor iemand of voor enig belang uit een gebeurtenis, handeling of handelswijze voortvloeit”. Van Dale definieert risico als “gevaar voor schade of verlies, de gevaarlijke of kwade kans of kansen die zich bij iets voordoen”. Het is met andere woorden niet omdat iemand risico’s neemt, dat hij daar ook schade van zal ondervinden.

In de praktijk zal men dus vaak, om druggerelateerde schade te beperken, initiatieven nemen die zich richten op een vermindering van de risico’s of van specifieke

4 Voor de volledigheid voegen we hier nog aan toe dat sommige auteurs de harm-reductionbeweging verwijten dat ze te utilitaristisch is: men houdt zich enkel bezig met de schadelijke gevolgen van druggebruik en men heeft te weinig oog voor de positieve effecten van druggebruik, men is te weinig bezig met de negatieve gevolgen van prohibitie (bijvoorbeeld Martin, 1994).

risicogedragingen, wat uiteraard indirect een vermindering van druggerelateerde schade tot gevolg heeft. In die zin is het onderscheid tussen maatregelen die zich richten op risico's en maatregelen die zich rechtstreeks richten op de schade zelf, artificieel.

De plaats van harm reduction op het continuüm welzijn - preventie - hulpverlening

We leven in een maatschappij waarin we vaak voor de keuze komen te staan om al dan niet één of meerdere legale en /of illegale drugs te gebruiken. Veel mensen drinken al eens een glas alcohol. Sommigen gebruiken wel eens een illegaal product. Sommige mensen kunnen hun gebruik goed onder controle houden en anderen mensen ontwikkelen probleemgebruik. De oorzaken van (problematisch) druggebruik zijn zeer complex en hangen samen met een veelheid aan factoren en de interactie ertussen.

Newcomb (1994) beschrijft een indeling van ontstaansfactoren van het gebruik van alcohol en/of andere drugs, die individueel of in wisselwerking met mekaar kunnen leiden tot (problematisch) gebruik van middelen. Hij beschrijft naast contextuele en omgevingsfactoren ook groepen van psychosociale, interpersoonlijke en enkele biogenetische factoren. Zinberg (1984) ordent deze factoren in het MMM-model. In dit model zijn verschillende factoren ondergebracht in drie groepen: mens, middel en milieu. Deze drie groepen staan in interactie en bepalen of mensen al dan niet middelen gaan ge(mis)bruiken. De interactie staat in dit model centraal.

De ontstaansfactoren van alcohol- en andere drugge(mis)bruik zijn in de realiteit een heel complexe verwevenheid. Preventieactiviteiten zijn gestoeld op een analyse van deze factoren.

De Cauter (1990) beschrijft hoe preventie zich situeert op een continuüm tussen algemene welzijnsplanning en hulpverlening. De invalshoek is hier het tijdstip van ingrijpen. Wanneer men actie onderneemt vooraleer zich problemen voordoen, doet men aan algemene welzijnsplanning. Een optimaal beleid dat gericht is op welzijnsbevordering voor iedereen werkt het meest preventief. Aan het andere einde van het continuüm is men bezig met de problemen die zijn gegroeid of uit de hand gelopen. Tussen beide uitersten situeert zich de preventie.

Naarmate men van links naar rechts op dit continuüm verschuift, wordt het onderwerp van de preventieactie alsmaar specifieker: de doelgroep, het actieterrein en de boodschap worden meer afgebakend.

probleemwording
algemene welzijnsplanning ← preventie → hulpverlening

In het model van De Cauter situeren concrete harm-reductionmaatregelen zich meestal op het rechterdeel van het continuüm. Dit komt omdat harm-reductionmaatregelen zich vaak richten tot groepen die het meeste risico lopen op druggerelateerde schade of die druggerelateerde schade ervaren.

De plaats van harm reduction in de drughulpverlening

In de meeste landen zien we dat de gespecialiseerde drughulpverlening zich de laatste decennia heeft geheroriënteerd. In plaats van rigoureus abstinentie te betrachten, heeft men daarnaast ook oog gekregen voor andere doelstellingen. Laagdrempelige drughulpverleningscentra bieden bijvoorbeeld methadononderhoudsbehandeling aan. Hierdoor verwerven heroïnegebruikers meer stabiliteit in hun leven, lopen ze minder risico op druggerelateerde schade en komen ze in contact met de hulpverlening, zodat – wanneer ze eraan toe zijn – de stap om te ontwennen kleiner wordt. Op deze manier bestaat er een uitgebreide waaier aan zeer uiteenlopende voorzieningen voor mensen met druggerelateerde problemen, gaande van de meest laagdrempelige programma's die geen eisen stellen met betrekking tot het stopzetten of verminderen van het druggebruik tot de meest hoogdrempelige programma's die zich exclusief richten op abstinentie en reïntegratie in de maatschappij.

Aangezien harm-reductioninitiatieven niet noodzakelijk een daling van het middelengebruik op zich nastreven en de klassieke drughulpverlening voornamelijk abstinentie-georiënteerd is, neemt men vaak aan dat harm reduction en behandelingsprogramma's voor druggebruikers niet met elkaar kunnen worden verzoend. Maar het is een feit dat ontwennen zeker niet voor alle druggebruikers een haalbare kaart is (Wiebel, 1991; Peele, 2002) en dat ontwennen een proces is van vallen en opstaan. Terugval in middelengebruik maakt integraal deel uit van het ontwenningsproces (Prochaska *et al.*, 1992). Bovendien zijn niet alle druggebruikers met druggerelateerde problemen fysiek afhankelijk van alcohol of illegale drugs. Hun

middelengebruik kan problemen veroorzaken in andere levensgebieden, zoals in hun relaties, hun gezinsleven, hun werk en hun financiële situatie (Australian Drug Foundation, 2002). Tot slot bestaat er ook een groep van druggebruikers die (nog) niet gemotiveerd is om het gebruik stop te zetten. Newcombe wijst er verder op dat harm reduction het mogelijk maakt om druggebruikers, die uit angst voor een repressieve aanpak 'ondergronds' blijven en buiten het bereik van de hulpverlening, op een verzorgende en niet-veroordelende manier te benaderen en met hen te praten over hun drugervaringen (Newcombe, 1987).

Harm reduction versus legalisatie

Sommige voor- én tegenstanders van harm reduction leggen een direct verband met de legalisatiediscussie. Fromberg (1995) stelt dat de harm-reductionbeweging in de beginperiode vooral een ideologische beweging was van mensen die ijverden voor de legalisatie van illegale drugs. Fromberg wijst er eveneens op dat dit later is veranderd. In zijn artikel schetst hij vier verschillende ideologische bewegingen:
1. mensen die positief staan tegenover harm reduction én voor legalisatie zijn;
2. mensen die positief staan tegenover harm reduction, maar tegen legalisatie zijn;
3. mensen die harm reduction afwijzen, maar voor legalisatie zijn;
4. mensen die harm reduction afwijzen én tegen legalisatie zijn.

Met andere woorden, tegenwoordig bestaat er geen rechtlijnig verband meer tussen harm reduction en legalisatie.

Mugford (1993) formuleert het als volgt:

> *"Since powerful drugs can cause serious harm and, given that the bulk of harm arises from 'legal' drugs, simple 'legalisationist' models are not generally viewed as the answer to drug problems."*

Hierbij moeten we opmerken dat we wel zien dat in de Verenigde Staten, waar de *war on drugs* veel meer slachtoffers maakt dan het gebruik van illegale drugs op zich (DesJarlais, 1995; Nadelmann, 2002)[5], er in verhouding meer harm-reductionisten

[5] Denk bijvoorbeeld aan de vele aidspatiënten onder illegale druggebruikers in staten waar spuitenruilprogramma's verboden zijn; of aan het grote aantal (cannabis)gebruikers die zware veroordelingen krijgen en in de gevangenis belanden. De VS kennen één van de grootste percentages burgers in de geschiedenis die ooit in de gevangenis hebben gezeten in een democratisch staatsbestel; meer dan de helft van hen belandde in de gevangenis wegens drugfeiten.

pleiten voor legalisatie, op zijn minst van cannabis. Maar evengoed treffen we er toonaangevende figuren van de harm-reductionbeweging aan, zoals bijvoorbeeld DesJarlais (1995) of Neil Hunt (2001), die erop wijzen dat de invalshoek van harm reduction vanuit een bezorgdheid om de volksgezondheid niet hetzelfde betekent als een libertijns pleidooi in de trant van "iedereen heeft het recht om elke drug die hij wil te nemen". Het is wel zo dat de harm-reductionbeweging in de Verenigde Staten sterk ijvert voor zowel de beperking van druggerelateerde schade als de beperking van schade ten gevolge van een erg repressief drugbeleid. DuPont (1996) stelt dat voorstanders van de *war on drugs* in de Verenigde Staten met opzet de harm-reductionbeweging in diskrediet trachten te brengen door te beweren dat ze een dekmantel is voor de legalisatiebeweging.

In andere delen van de wereld, waar het drugbeleid veel meer behelst dan een oorlogsverklaring aan druggebruikers, vinden we onder harm-reductionisten minder voorstanders van een legalisatie[6] dan in de Verenigde Staten. Het is wel zo dat over het algemeen harm-reductionisten ervoor pleiten om druggebruikers niet louter omwille van hun gebruik in de gevangenis te zetten, omdat dit meestal meer schadelijke gevolgen heeft dan het gebruik op zich. Een dergelijk standpunt vinden we terug in de toepassing van de drugwetgeving van verschillende landen in Europa, in Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. Men zal er druggebruikers, die geen drugs dealen of andere criminele feiten plegen, eerder naar de hulpverlening doorverwijzen (al dan niet gedwongen) dan dat men ze gevangen zal zetten.

Ook de IHRA (2002c) erkent dat het verband tussen harm reduction en het ijveren naar een aanpassing van de drugwetgeving sterk afhankelijk is van de lokale situatie. Wanneer de drugwet een erg negatieve, schadelijke invloed heeft op druggebruikers en hun omgeving en als die schade groter is dan de schade ten gevolge van hun gebruik, is het logisch dat harm-reductionisten in dat geval gaan streven naar een aanpassing van die drugwetten. Daartegenover staat dat, hoewel de doelstellingen van de drugwetgeving en van harm reduction vaak erg ver uit elkaar liggen, dit niet betekent dat de toepassing van beide onverzoenbaar is (IHRA, 2002d). Zo kunnen harm-reductionisten en politiediensten soms samenwerken om bepaalde druggerelateerde misdaden te verminderen.

6 Het is niet de bedoeling om in dit dossier een grondige discussie te voeren over de legalisatiebeweging.

Toepassing van de harm-reductiondefinitie op alcohol

Zoals Erickson (1999) al stelde toen hij drie fasen onderkende in de harm-reductionbeweging, gaat er de laatste jaren – in tegenstelling tot de voorafgaande periode waarin illegale drugs centraal stonden – meer aandacht naar het thema harm reduction en alcohol. Stockwell (2002) noemt het ontstaan van het begrip harm reduction als een duidelijke trend in het alcoholbeleid de "drugification of alcohol policies". Hij stelt dit tegenover de "alcoholisation of drug policies", een beweging naar een gereguleerde legale markt voor bepaalde drugs die momenteel in de meeste landen illegaal zijn.

In de jaren '60 sprak men reeds van "making the world a safe place for the drunks". De IHRA (2002e) stelt dat strategieën die erop gericht zijn om rechtstreeks de schade ten gevolge van alcoholgebruik te beperken zonder noodzakelijk een vermindering van de alcoholconsumptie na te streven complementair zijn aan de meer gekende vraag- en aanbodgerichte strategieën.

In de literatuur wordt de discussie gevoerd over welke initiatieven met betrekking tot alcohol men kan bestempelen als harm reduction. Een belangrijke reden voor deze discussie is de algemeen aanvaarde stelling dat een vermindering in de gemiddelde alcoholconsumptie leidt tot een vermindering van het aantal zware drinkers in een populatie (Garretsen & van de Goor, 2002). Men redeneert dat alcoholgerelateerde schade enkel kan worden teruggedrongen door een vermindering van de alcoholconsumptie van de totale bevolking (Edwards *et al.*, 1994). Dat staat haaks op de idee dat er voordelen zouden kunnen zijn aan benaderingen die niet gericht zijn op een daling in het alcoholgebruik (Stockwell, 2002), en dus ook haaks op de idee dat harm reduction met betrekking tot alcohol effectief kan zijn, aangezien het essentiële kenmerk van harm reduction is dat een daling van het gebruik niet noodzakelijk is voor het succes van de maatregel.

Wanneer we gaan kijken in de literatuur naar welke maatregelen door auteurs worden geklasseerd onder harm reduction en deze toetsen aan onze definitie van harm reduction, stellen we vast dat regelmatig maatregelen het label harm reduction krijgen die dit niet verdienen. Stockwell illustreert dit met enkele voorbeelden uit een publicatie van Plant *et al.* (1997): het aanleren van gecontroleerd drinken, wat voornamelijk neerkomt op minder leren drinken per gelegenheid (een artikel van Cameron, 1997), trainingen voor horecapersoneel om verantwoord alcohol te schenken – meestal gericht op het tijdig weigeren om alcohol te schenken aan mensen die

onder invloed zijn – en aan minderjarigen (artikel van Saltz *et al.*, 1997). In deze voorbeelden kunnen deze maatregelen niet succesvol zijn zonder dat er zich een daling van de alcoholconsumptie voordoet, zodat we ze niet kunnen klasseren onder de noemer harm reduction.

Dit betekent echter niet dat harm reduction in een alcoholbeleid niet mogelijk is of niet bestaat. Een eerste voorbeeld is onze Belgische Bob-campagne. Men zegt niet dat je minder moet drinken, maar wel dat je, als je (te veel) drinkt, best niet achter het stuur kruipt. De alternatieven kunnen dan zijn: zoeken naar een 'Bob' of gebruik maken van het openbaar vervoer. Deze alternatieven laten je toe zoveel te drinken als je wenst. Bovendien daalt de alcoholgerelateerde schade – *in casu* het aantal verkeersongevallen ten gevolge van overmatig alcoholgebruik. Op andere schade, zoals leverbeschadiging, geweldpleging, ... heeft de campagne uiteraard geen invloed – of men nu minder drinkt of niet.
Nog andere valide voorbeelden van harm reduction in een alcoholbeleid: maatregelen gericht op het geweld voortvloeiend uit dronkenschap door plastieken bekertjes te gebruiken, door zwaar meubilair te plaatsen waarmee niet zo gemakkelijk kan worden gegooid of door buitenwippers te leren hoe ze de gemoederen kunnen bedaren in plaats van ze verder te laten escaleren (Graham & Homel, 1997), toevoeging van thiamine, een vorm van vitamine B, aan brood, bier en wijn om de kans op alcoholgerelateerde hersenschade te verminderen (Drew & Truswell, 1998), jongeren trainen hoe ze kunnen zorgen voor vrienden die het bewustzijn verliezen ten gevolge van alcoholgebruik (Youth Research Center, 1995), ...

Stockwell (2002) stelt ook dat wanneer we de definitie van harm reduction willen toepassen op alcohol, blijkt dat een groot deel van de initiatieven die vaak worden gesitueerd binnen de harm-reductionbenadering, meer te maken hebben met risicovermindering dan met schadebeperking. Maar, zoals we hierboven reeds stelden, is het onderscheid tussen initiatieven die zich richten op risicovermindering en initiatieven die zich richten op schadebeperking een artificieel onderscheid in de preventie- en hulpverleningspraktijk.

3 ▸ Beschouwingen over harm reduction

In de literatuur vinden we heel wat argumenten over harm reduction. Deze argumenten moeten we plaatsen in de context van de definitie waarop ze zijn gebaseerd. We zetten hier de argumenten op een rijtje die van toepassing zijn op de definitie van harm reduction zoals ze in dit dossier werd geformuleerd, aangevuld met ervaringen uit de praktijk.

A. *De pro's van harm reduction*

- Kiezen voor harm reduction is in de eerste plaats **een pragmatische keuze,** zonder een moreel oordeel uit te spreken. Men gaat uit van de vaststelling dat er middelengebruik is, dat ernstige schade aanricht, en dat zowel aan gebruikers als aan niet-gebruikers. Hoewel streven naar een drugvrije maatschappij een nobel doel is, is dit geen realitistische optie, zeker niet op korte termijn, zodat middelengebruik schade blijft aanrichten. Wanneer men zich enkel zou richten op het voorkómen van gebruik, blijft intussen de druggerelateerde schade maar oplopen. Daarom is het zinvol om ook aandacht te besteden aan de groep gebruikers die nog niet kan of wil stoppen met gebruik (McDermott, 1992).
  - Voorbeeld: Iemand biedt zich aan voor een abstinentie-georiënteerd programma, maar kan pas de dag nadien worden opgenomen. Dan is het een pragmatische keuze om ervoor te zorgen dat in tussentijd de gebruiker zo min mogelijk risico loopt op druggerelateerde schade (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Harm reduction vertrekt vanuit een **humanistisch wereldbeeld**: men streeft naar een verbetering van de levenskwaliteit van druggebruikers, gebaseerd op fundamentele mensenrechten (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Harm-reductionprogramma's werken **drempelverlagend**. Ze slagen erin de meest gemarginaliseerde druggebruikers, die niet in contact komen met de reguliere drughulpverlening, te bereiken (Daisy, Thomas & Worley, 1998).

- Harm reduction werkt **cliëntgeoriënteerd, biedt maatwerk**. De gebruiker krijgt de gelegenheid om vooruitgang te boeken op zijn tempo en naar zijn behoeften (Daisy, Thomas & Worley, 1998). Hierdoor komt de aanzet tot verandering bij de gebruiker zelf te liggen, wat motiverend werkt. Daarnaast is harm reduction

ook probleemgericht: men wil de druggerelateerde schade voor groepen van mensen beperken. Dit is de politieke dimensie van harm reduction (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Verschillende evaluatiestudies hebben de **effectiviteit** van specifieke harm-reductionprogramma's, zoals spuitenruil en methadonverstrekking, reeds aangetoond (Ward, Mattick & Hall, 1992; Normand, Vlahov & Moses, 1995). Zo hebben diverse studies aangetoond dat harm-reductionprogramma's effectief zijn in het terugdringen van de aidsepidemie en andere ziektes, zonder dat dit leidt tot een stijging van het gebruik (Donoghoe *et al.*, 1989; The Centre for Harm Reduction, 2003).

- **Gedragsverandering** op het vlak van middelengebruik is een **stapsgewijs proces**, waarvan terugval een inherent deel uitmaakt. De laatste stap ervan is totale abstinentie (zie ook het veranderingsmodel van Prochaska & DiClementi, 1984). Elke stap in de richting van het beoogde doel (gedragsverandering), dus ook schadebeperkend gedrag als gedragsverandering, is positief (Westermeyer, 2003).

- Harm-reductionprogramma's **bieden accurate informatie** aan over drugs en druggebruik, inclusief hun negatieve en schadelijke effecten (IHRA, 2002a).

- De ervaringen in Nederland leren ons dat harm reduction zorgt voor een **stijging van de gemiddelde leeftijd van gebruikers**, een daling van het percentage jonge gebruikers en een lichte daling van het aantal gebruikers (Buning, 2002).

- Gebruikers die in een harm-reductionprogramma zitten vertonen **minder verwervingscriminaliteit** om hun afhankelijkheid te bekostigen (MacCoun & Reuter, 2001). Dit is een argument dat pas op de tweede plaats komt vanuit een gezondheidsperspectief, maar vooral kan doorwegen op een politiek niveau (Rondetafel harm reduction, 2003).

- De **indirecte kosten van druggebruik aan de maatschappij**, met name de goederen en diensten die niet worden geproduceerd omdat probleemgebruikers niet beschikbaar zijn voor werk ten gevolge van hun gebruik, dalen door harm-reductionprogramma's (Rufener, Rachal & Cruze, 1980). Als dusdanig helpt harm reduction problematische gebruikers een normaal leven te leiden als productieve leden van de maatschappij, zonder dat dit leidt tot een stijging in gebruik (Wodak, 1990). De kans vergroot dat ook deze gebruikers de stap zullen zetten naar een abstinentie-

georiënteerd programma. Het aanbieden van een waaier aan programma's (spuitenruil, methadonprogamma, dagcentrum, ...) werkt bovendien drempelverlagend.

B. De contra's van harm reduction

- Met Harm-reductioninitiatieven, zoals bijvoorbeeld spuitenruil, **legitimeert** men het **gebruik van een illegaal middel** en bevestigt men bovendien de gebruikers om te **blijven gebruiken** (Hawks, D., 1992).

- Harm reduction gaat ervan uit dat **druggebruik natuurlijk en noodzakelijk** is. Door harm-reductioninitiatieven toe te laten wekt men de indruk dat druggebruik gewoon door kan gaan en tot de norm behoort. De motivatie (de wil) om nog te stoppen met drugs wordt dan heel laag (of is zelfs onbestaand) (Hawks, 1992). Roche (1997) stelt bovendien dat men de indruk creeërt dat druggebruik ook voordelen met zich kan meebrengen.

- Illegale drugs gebruiken impliceert het nemen van risico's. Met harm reduction leer je mensen op een 'veilige manier' illegale middelen gebruiken. Vormingen in het kader van harm reduction zetten aan tot druggebruik, omdat de vormingen *over*, in plaats van *tegen* gebruik *in* gaan (Hathaway, 2001). De valkuil van harm reduction is dat men de **indruk** wekt dat **gevaarlijke en verslavende drugs veilig kunnen worden gebruikt** (Drugwatch International, 1995).

C. Harm reduction: enkele bedenkingen

- Harm reduction is een pragmatische benadering van druggerelateerde problemen. Pragmatisch is echter niet hetzelfde als grenzeloosheid. Factoren die te maken hebben met persoonlijkheid, met visie en met de instelling bepalen mee de keuze om al dan niet aan harm reduction te doen (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Medewerkers van een harm-reductioninitiatief komen soms terecht in een juridische schemerzone. Consensus binnen de organisatie over de krijtlijnen van de aanpak en collegialiteit die zich uit door een goede en ondersteunende teamwerking zijn dan ook essentieel (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Harm reduction moet verschillende soorten druggerelateerde schade tegenover elkaar afwegen. Het is onvermijdelijk dat men keuzes moet maken, **soorten schade tegenover elkaar moet afwegen** en als dusdanig moet beslissen wat 'goed' is en wat niet of wat een 'acceptabel risico' is en wat niet. Het is een utopie te denken dat men dergelijke keuzes kan vermijden door een morele neutraliteit (Mugford, 1993).

- Harm reduction is **niet voor elke druggebruiker en niet op elk moment de meest geschikte manier** om druggerelateerde problemen aan te pakken. Door evidence-based indicatiecriteria en voldoende samenwerking met andere instanties kan je vermijden dat zomaar elke druggebruiker terechtkomt in een harm-reductionprogramma. Verder is er nood aan evaluatie die specifieke harm-reductionprogramma's wetenschappelijk onderbouwt (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Harm-reductioncampagnes zijn **moeilijk te combineren met een algemene preventieboodschap**. Organisaties die aan algemene drugpreventie doen en daarnaast ook harm-reductionboodschappen verspreiden geven dubbele signalen (Rondetafel harm reduction, 2003).

- Harm reduction moet **ingebed** zijn **in een globaal drugbeleid en heeft een eigen plaats in het gehele aanbod. De keuze voor harm reduction** mag niet ten koste zijn van bestaande preventie- en hulpverleningsinitiatieven (Rondetafel harm reduction, 2003).

4 ▸ Concrete harm-reductioninitiatieven in België en in het buitenland

In 1995 realiseerde de federale regering een actieplan voor illegale drugs. Dit actieplan baseert zich op en vertrekt vanuit het gezondheidsperspectief en introduceert de harm-reductionfilosofie.

Sindsdien worden zowel in Vlaanderen als in de Franse gemeenschap verschillende initiatieven ondernomen. In de meeste gevallen worden harm-reductionprojecten opgestart door niet-gouvernementele organisaties of worden ze vanuit steden opgestart met middelen van Binnenlandse Zaken (veiligheids- en preventiecontracten).

A. *Harm-reductioninitiatieven in Vlaanderen*

Geschiedenis van harm reduction in Vlaanderen

Het COOL-project

Het eerste project dat in Vlaanderen liep met als doel de schade ten gevolge van injecterend gebruik te beperken, was het COOL-project, een gezamenlijk project van VAD en Free Clinic in Antwerpen. Het project wilde een antwoord bieden op de ontluikende aidsepidemie onder injecterende druggebruikers. Centraal in het project stond de inschakeling van zogenaamde 'jobisten', (ex-)gebruikers die de preventieve boodschappen zoveel mogelijk verspreidden in hun eigen omgeving. Die boodschappen gingen over veilige sex en veiliger druggebruik. De jobisten konden gebruik maken van hiertoe speciaal ontwikkeld preventiemateriaal, zoals een stripverhaal met preventieve inhoud, een symbolische steriele insulinespuit, flesjes bleekwater om gebruikte spuiten te ontsmetten, condooms en informatie over de hulpverlening in de regio. Om het project te kunnen uitvoeren werd een netwerk opgericht van alle betrokken partners, waaronder ook het parket (MGR, 1994).

In de beginfase (1990-1994) liep het COOL-project enkel in de stad Antwerpen. Later werd het COOL-project uitgebreid naar andere Vlaamse steden, zoals Sint-Niklaas, Oostende, Gent en Mechelen (VAD-Free Clinic-NIAD, 1995).

Het COOL-project leidde tot deelname aan het European Peer Support Project, dat werd gecoördineerd door de voorloper van het Trimbosinstituut in Nederland, het Nationaal Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD).

Het GIG-project

Vervolg van het COOL-project was het GIG-project, eveneens een samenwerkingsverband tussen VAD en Free Clinic. GIG stond voor 'gezondheidsbevordering bij injecterende gebruikers'. De doelstellingen van het GIG-project waren, zoals de naam het al suggereert, ruimer dan die van het COOL-project. Het GIG-project besteedde onder meer ook aandacht aan de verspreiding van hepatitis-B en -C en voerde onderzoek uit naar het risicogedrag van injecterende druggebruikers (Driesen, 1997).

Pilootproject spuitenruil

Tussen 1992 en 1994 liep een onderzoeksproject in het kader van een samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen naar de mogelijkheden van aidspreventie bij injecterende druggebruikers. Het actieonderzoek bestond uit twee delen: preventie in een residentiële drughulpverleningssetting en preventie bij injecterende gebruikers die niet in contact stonden met de reguliere drughupverlening. Voor deze laatste groep werd een pilootproject spuitenruil opgezet, dat liep in Antwerpen in 1993. De onderzoeker hield elke dag permanentie in verschillende delen van de stad. Injecterende druggebruikers die deelnamen aan het project konden er terecht voor steriel injectiemateriaal (spuiten (in ruil voor gebruikte spuiten), naaldcontainers, alcoholswabs, flesjes bleekwater, watjes), condooms, een drankje en een goed gesprek) (Kinable *et al.*, 1994). De resultaten van dit pilootproject waren erg gunstig, maar de juridische context en het politieke klimaat destijds stonden een implementatie van het project in Vlaanderen in de weg.

Lopende harm-reductionprojecten in Vlaanderen

Spuitenverdeling en -ruil

Op 5 juli 2000 werd een Koninklijk Besluit ondertekend dat een wettelijk kader biedt voor spuitenruilprogramma's[7]. De Vlaamse overheid besloot eind 2000 om middelen vrij te maken om in de vijf Vlaamse provincies een spuitenverdeel- en ruil-

systeem uit te bouwen. VAD besteedde de coördinatie van dit project uit aan Free Clinic. Het werd operationeel in januari 2001.

Het programma richt zich in de eerste plaats tot injecterende druggebruikers. Doelstellingen zijn:

- het voorkomen van besmettelijke aandoeningen (HIV/aids, hepatitis-B en -C);
- het voorkomen van andere gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan injecterend druggebruik, zoals abscessen en longembolie;
- preventie van besmettingsgevaar bij andere groepen van de bevolking, onder meer door recuperatie van gebruikt injectiemateriaal;
- injecterende druggebruikers aanzetten om meer diepgaande zorg- en hulpverlening te zoeken door hen gericht door te verwijzen (De Maere, 2002).

Een eerste luik van dit project spitst zich toe op een optimalisering en drempelverlaging van de verdeling van steriele spuiten via het eerstelijnsnetwerk van apotheken. Sommige apothekers beperken zich tot verkoop, andere verspreiden preventiefolders, verzamelen gebruikte spuiten of nemen effectief deel aan de spuitenruil.

Het tweede luik van het project, de spuitenruil, wordt georganiseerd via de laagdrempelige hulpverlening, zoals de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC) en het straathoekwerk. Naast de verdeling van spuiten, spuitcontainers en condooms worden via dit netwerk folders verspreid met gerichte preventieboodschappen (over naaldhygiëne, gebruik van steriel materiaal, voorkomen van overdosissen,...) en met informatie over hulpverlening in de streek. In de MSOC wordt -indien financieel haalbaar- testing en hepatitis-B-vaccinatie georganiseerd.

De provinciale coördinatoren geven ook lokaal trainingen aan drughulpverleners en druggebruikers op het vlak van preventie van overdosissen. De recrutering gebeurt door advertering in laagdrempelige voorzieningen en via persoonlijke contacten. In Antwerpen werd de training opgezet in nauw overleg met de gebruikersgroep BAD (Belangengroep Antwerpse Druggebruikers).

← [7] 5 juni 2000. – Koninklijk Besluit tot uitvoering van artikel 4, § 2, 6° van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies (Publicatie :2000-07-07 (Ed. 1)). De volledige tekst van het KB staat in bijlage c.

Voor meer informatie over het spuitenverdeel- en ruilproject kan men terecht bij:

- Vlaamse coördinator Tessa Windelinckx, MSOC Free Clinic
  tel. 03-201 12 60 | e-mail: info@free-clinic.be
- Verantwoordelijke provincie Antwerpen, Tessa Windelinckx, MSOC Free Clinic
  tel. 03-201 12 60 | e-mail: info@free-clinic.be
- Verantwoordelijke provincie Oost-Vlaanderen, Marlies Owel, MSOC Gent
  tel. 09-223 94 31 | e-mail: msoc@Gent.be
- Verantwoordelijke provincie Limburg, Guy Houbrix, MSOC Limburg
  tel. 089-32 97 72 | e-mail: cadhasselt@freegates.be
- Verantwoordelijke provincie West-Vlaanderen, Nathalie Vanhove, MSOC Oostende
  tel. 059-51 63 29 | e-mail: msoc.oostende@wanadoo.be
- Verantwoordelijke provincie Vlaams-Brabant, Tim Schuurman, MSOC Vlaams-Brabant | tel. 02-251 94 49 | e-mail: veerhuis@skynet.be

Methadonverstrekking

Methadon is een substitutieproduct voor heroïne. Men schrijft het voor aan mensen met een heroïneafhankelijkheid met als doel hun gezondheid te beschermen (geen injecterend drug-gebruik meer) en hun levenskwaliteit te verhogen (geen tijd meer spenderen aan op zoek gaan naar geld en drugs, meer tijd om werk te zoeken enzovoort). Er zijn methadonprogramma's die werken met een afbouwschema, met de bedoeling te stoppen met het gebruik. De methadononderhoudsprogramma's stellen minder eisen en voorzien in een dagelijkse dosis methadon voor de gebruiker over een langere, niet vastgelegde periode zonder de bedoeling het gebruik te stoppen.
Tot maart 2003 bestond er voor methadonverstrekking geen wettelijk kader in België. De wet van 22 augustus 2002[8] (BS 2002-10-01) die behandeling met vervangingsmiddelen mogelijk maakt en een Koninklijk Besluit (goedgekeurd op de Ministerraad 28 maart 2003) dat de concrete praktijk moet regelen werden zeer recent goedgekeurd. In tegenstelling tot de wet werd het KB nog niet gepubliceerd in het Staatsblad, maar is nog ter behandeling bij de Raad van State. Het KB kan pas in werking treden vanaf het ogenblik van publicatie. Ondanks het gebrek aan reglementering werd methadon voorgeschreven in gans België. Dit gebeurde op basis van een

[8] 22 augustus 2002: wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica (BS 2002-10-01). De volledige tekst van deze wet staat in bijlage d.

consensusconferentie met alle betrokkenen die plaatsvond in 1987 en geüpdatet werd in 2000. Met de wet en het KB kan het voorschrijven, afleveren en toedienen van vervangingsmiddelen vanaf nu gebeuren op wettelijke basis[9].

In Vlaanderen worden de meeste methadon(onderhouds)programma's georganiseerd via de laagdrempelige drughulpverlening, zoals de MSOC en de dagcentra. De harm reduction programma's gebeuren in combinatie met psycho-sociale begeleiding. In kleinere steden of landelijke gebieden wordt methadon voorgeschreven door de huisarts. De voorschrijvende huisarts werkt bij voorkeur onder de supervisie van een gespecialiseerd drughulpverleningscentrum (cf. consensusconferentie). In sommige stedelijke gebieden is de vraag groter dan het beschikbare aanbod van methadon(onderhouds)programma's.

ℹ Voor meer informatie en adressen van de MSOC en dagcentra kan u telefonisch terecht op VAD (02-423 03 33) of op www.vad.be/doorverwijsgids/index.html .

Uitgaansleven: 'Bedrogen'-campagne

In november 2001 lanceerde VAD de 'Bedrogen'-campagne. Deze campagne heeft als doelgroep enerzijds jongeren en occasionele gebruikers in het uitgaansleven en anderzijds de intermediairen die zelf rond het thema partydrugs willen werken.
De campagne heeft tot doel mensen te informeren over de risico's van partydrugs ("want eigenlijk weet je nooit echt wat je slikt") en tegelijkertijd illegale drugs in de uitgaanswereld bespreekbaar te maken.

Het totale concept van de campagne is opgebouwd uit verschillende onderdelen (vormingen, affichemateriaal, ...). Het campagnemateriaal bestaat uit een informatiepakket, bestaande uit een CD-singlehoesje met vier insteekkaarten, een sticker, een naamkaartje en een affiche. Op de insteekkaarten vinden gebruikers onder andere informatie over hoe ze de risico's bij gebruik kunnen beperken en tips over wat ze kunnen doen als het misgaat.

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij:
VAD (02-423 03 33) en de DrugLijn (078-15 10 20).

9 U vindt beknopt overzicht van de inhoud van dit KB in bijlage e.

Verkeer: 'BOB'-campagne

Het probleem van rijden onder invloed stelt zich gedurende het hele jaar, maar duikt nog meer op tijdens de feestperiode. Elk jaar staat de maand december synoniem voor allerlei feesten. De gelegenheden om alcohol te drinken zijn troef en soms is de verleiding groot om met een glaasje op achter het stuur plaats te nemen, met alle gevolgen vandien. Daarom schenkt het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) tijdens de eindejaarsperiode met de BOB-campagne traditiegetrouw aandacht aan de bestrijding van rijden onder invloed. De taak van Bob is na het feest de anderen veilig naar huis brengen. Boodschap van de campagne: alcoholconsumptie gaat niet samen met het besturen van een voertuig (BIVV, 2003).

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij het BIVV (tel. 02-244 15 11 | website www.bivv.be).

B. *Harm-reductioninitiatieven in de Franse gemeenschap*

Initiatieven naar druggebruikers (voornamelijk spuiters)

Modus Vivendi, de Franstalige organisatie voor harm reduction, is verantwoordelijk voor aidspreventieactiviteiten gericht naar druggebruikers. Zij voorzien in verschillende activiteiten en materialen, waaronder:

- verschillende types van spuitenruilprogramma's (sinds 1994);
- de verspreiding van informatief materiaal over aids, hepatitis-B en -C en andere gezondheidsrisico's;
- de verspreiding van 'sterifix' via apothekers: dat is een injectiekit met twee naalden, steriel water, alcoholswabs en nuttige informatie;
- preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen door onder meer de bedeling van condomen en de verspreiding van informatie over veilig vrijen;
- het 'Boule De Neige'-project, de Waalse tegenhanger van het COOL-project (zie supra), geïmplementeerd met Europese subsidies. In 2001 startte een Boule-de-Neige-project in de Waalse gevangenissen.

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij Modus Vivendi: tel. 02-644 22 00.

Methadonverstrekking

In de Franse gemeenschap wordt methadon verstrekt via een breed gamma aan diensten: laagdrempelige diensten, huisartsen, gespecialiseerde ambulante diensten en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij Infor-Drogues: tel. 02-227 52 52.

Initiatieven in de recreatieve setting

In de Franse gemeenschap worden ook harm-reductioninitiatieven uitgevoerd op festivals, in technoclubs en op publieke fuiven. Afhankelijk van de setting kunnen de activiteiten het volgende inhouden:

- verspreiding van informatie door middel van brochures en folders;
- pill testing[10] *on site* (Marquisetest, identificatie en laboratorium): hierdoor kan men gevaarlijke of nieuwe producten sneller traceren (monitoren); deze informatie kan gebruikt worden voor preventie, hulpverlening en beleidsmaatregelen; daarnaast komt men zo rechtstreeks in contact met gebruikers en kan men gerichte preventieboodschappen geven aan gebruikers;
- 'bad trip' management: een medisch team op festivals begeleidt *on site* personen met een badtrip-ervaring; op deze manier worden over-medicalisatie en hoge hospitalisatiekosten vermeden;
- spuitenruil (zie supra).

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij Modus Vivendi: tel. 02-644 22 00.

10 VAD heeft in de reeks 'harm reduction dossiers' ook een dossier pill testing opgesteld, waarin men meer kan lezen over het onderwerp pill testing en over het concrete project in Wallonië.

C. *Harm-reductioninitiatieven in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*

Druggebruik in discotheken

Door het ondertekenen van een handvest om het welzijn op feestplaatsen te verbeteren wordt aan de discotheekhouders gevraagd hun lokalen zo aan te passen dat zoveel mogelijk risico's vermeden worden.

Er wordt hen gevraagd om onder meer gratis drinkwater ter beschikking te stellen, een rustplaats te voorzien, gerichte preventieboodschappen en objectieve informatie te verspreiden en voordelige programma's inzake taxivervoer of andere formules te organiseren.

ℹ Voor meer informatie kan men terecht bij Modus Vivendi: tel. 02-644 22 00. Modus Vivendi funtioneert hier ook als informatiepunt over synthetische drugs.

D. *Enkele harm-reductioninitiatieven in het buitenland*

'Users Rooms' / 'Safe injection rooms'

Safe injection rooms zijn plaatsen waar injecterende druggebruikers terecht kunnen om in hygiënische omstandigheden drugs te injecteren. Door het installeren van dergelijke spuitruimten vermindert men de gezondheidsproblemen bij injecterende druggebruikers aanzienlijk en kan men gemakkelijker contacten leggen met moeilijk bereikbare groepen. Bovendien verlagen spuitruimten de overlast voor de omgeving en beperken ze de risico's die verbonden zijn aan injecterend druggebruik voor de rest van de bevolking (rondslingerende spuiten, druggebruik op straat).

In Duitsland opereren sinds 1994 vijf *safe injection rooms*, waaronder in Frankfurt, Hamburg, Hannover, Bremen en Bonn. In Zwitserland zijn er dertien *safe injection rooms* actief in Zürich, Bern en Basel. De eerste is actief sinds 1986. In Nederland zijn er *safe injection room*s opgestart in Rotterdam, Arhnem en Maastricht.

Pill testing

Het testen van XTC-pillen gebeurt ook in het buitenland[11]. Doorgaans kunnen twee grote categorieën van pill-testingmethodes onderscheiden worden: de kwalitatieve en de kwantitatieve. De kwalitatieve testmethodes worden vaak gebruikt om op locatie pillen te testen. Onder de kwantitatieve testmethodes vallen de meer gesofisticeerde laboratoriumtestmethodes.

Testen van pillen gebeurt in verschillende landen, zoals in Duitsland, Nederland, Frankrijk, Spanje, Oostenrijk en Zwitserland.

Substitutietherapie

Bij substitutietherapie biedt men illegaledruggebruikers een substitutiemiddel aan in de plaats van het product waarvan ze afhankelijk zijn. Op deze manier wil men bereiken dat druggebruikers minder gemarginaliseerd raken, dat ze minder vaak in delinquente situaties terechtkomen en dat ze hun sociale situatie kunnen stabiliseren om zo te kunnen evolueren naar een drugvrije levensstijl.

De meest voorkomende substitutietherapie is methadonbehandeling. Methadon (Méphénon) is een vervangmiddel voor mensen die afhankelijk zijn van heroïne of andere opiaten (zie ook supra). Methadonbehandeling is een van de belangrijkste interventies bij heroïne- en andere opiaatgebruikers. In sommige Europese landen worden zelfs meer heroïnegebruikers behandeld met substitutietherapie dan dat er gebruikers behandeld worden in drugvrije centra. In andere landen, zoals bijvoorbeeld in Finland, is substitutietherapie dan weer gelimiteerd. Naast methadon worden ook andere producten gebruikt als substitutiemiddel voor heroïneafhankelijkheid, zoals bijvoorbeeld: L-Alpha-Acethylmetadol (LAAM), Temségic Subutex (Bupremorphine), Naltrexone (Nalorex), Dihydrocodeine,....
In sommige Europese landen, zoals bijvoorbeeld in Nederland (CCBH, 2000), Engeland (Marlatt, 1998) en Zwitserland (Uchtenhagen *et al.*, 1999) wordt heroïne voorgeschreven ter vervanging van illegale heroïne[12]. Om te vermijden dat gebrui-

[11] VAD heeft in de reeks 'harm reduction dossiers' ook een dossier *pill testing* opgesteld, waarin een overzicht is opgenomen van bestaande pill-testingprojecten.

[12] VAD heeft in de reeks 'harm reduction dossiers' ook een dossier gecontroleerde heroïneverstrekking opgesteld, waarin men meer kan lezen over deze projecten.

kers zouden injecteren, worden hen andere toedieningswijzen (orale vormen / sigaretten) aangeboden.

Er bestaan ook experimenten, vooral in Groot-Brittannië, met het voorschrijven van 'dexamfetamine' als substitutiemiddel voor illegale amfetamines aan mensen met een amfetamineafhankelijkheid. Voorschrijven van een vervangingsmiddel heeft hier vooral tot doel het verminderen van het spuitgedrag en de daaraan gekoppelde infectieziekten (Kamieniecki *et al.*, 1998).

De verspreiding van subsitutiemiddelen gebeurt via zeer laagdrempelige kanalen, zoals de eerstelijn (huisartsen), (laagdrempelige) ambulante centra en/of mobiele verdelingsunits (methadonbus).

Spuitenruil

Veruit de meeste Europese landen organiseren spuitenruilprogramma's (zie ook supra). Naast het ruilen van gebruikte spuiten voor steriele spuiten bieden deze programma's vaak een gamma aan laagdrempelige initiatieven aan. Dit betekent dat het ruilen van spuiten vaak gepaard gaat met een medisch-sociaal zorgaanbod. Men zorgt er ook voor dat de plaats waar het spuitenruilprogramma wordt opgezet laagdrempelig is, zoals bijvoorbeeld een vouwtafel op straat, klinieken, in cafés, mobiele centra, ... De gebruikte spuiten worden meestal verzameld in speciale (individuele) containertjes. Het gebruik van containers voorkomt het dumpen van gebruikte spuiten op straat. Sommige projecten geven ook 'starter kits' (informatie, bleekwater, condoom, alcoholswabs en soms een steriele naald) aan nieuwe deelnemers aan het programma.

5 ▸ Visie van de sector

We komen de term harm reduction steeds vaker tegen in het werkveld van alcohol en andere drugs. In haar relatief korte bestaan heeft het begrip harm reduction echter al een behoorlijke inflatie doorstaan. Het begrip wordt immers wereldwijd door mensen gebruikt in zeer verschillende betekenissen, in diverse ideologische kaders en in uiteenlopende contexten.

Alsmaar meer stemmen roepen om een duidelijke definitie en afbakening van het begrip. Om hieraan tegemoet te komen stelde de VAD samen met het werkveld een inhoudelijk dossier samen over harm reduction. Om een gemeenschappelijk standpunt over harm reduction te realiseren, werd het dossier op een rondetafel voorgelegd aan verschillende vertegenwoordigers uit het werkveld. We vulden het dossier aan met hun praktijkervaringen.

In consensus met het werkveld formuleerden we volgende definitie van harm reduction:

Harm reduction wil de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psychoactieve middelen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving. Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van een daling van het gebruik. Essentiële kenmerken zijn:

- de pragmatische aanpak: er wordt op korte termijn of kort op de bal gespeeld, er wordt gewerkt met de situatie zoals die zich voordoet;
- het vrij zijn van waardeoordelen: dit betekent dat er geen morele uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld het druggebruik;
- de participatieve aanpak: het erkennen van de gebruiker als actieve actor.

Bovendien vertrekt harm reduction vanuit een humanistisch wereldbeeld waarbij men streeft naar een verbetering van de levenskwaliteit van druggebruikers, gebaseerd op fundamentele mensenrechten.

Deze definitie moet gezien worden als een denkkader van waaruit verschillende programma's op het werkveld geconcretiseerd worden.

In de praktijk werken harm-reductionprogramma's drempelverlagend, cliëntgeoriënteerd en bieden ze maatwerk. Ze slagen erin de meest gemarginaliseerde druggebruikers, die niet in contact komen met de reguliere drughulpverlening, te bereiken. De gebruiker krijgt de gelegenheid om vooruitgang te boeken op zijn tempo en naar zijn behoeften.

Harm reduction werkt daarnaast ook probleemgericht en tracht de druggerelateerde schade voor groepen van mensen te beperken. In deze zin worden de indirecte kosten van druggebruik aan de maatschappij verlaagd.

Door deze aanpak vergroot uiteindelijk de kans dat ook deze groep van gebruikers de stap kunnen zetten naar andere programma's.

Hieruit volgt dat harm reduction een complementaire plaats inneemt naast alle andere preventie- en hulpverleningsmodellen en -strategieën. Vermits harm reduction zich richt naar groepen in de maatschappij die het meest risico lopen op druggerelateerde schade vinden we harm-reductioninitiatieven op het continuüm – van algemeen welbevinden over preventie naar hulpverlening (van links naar rechts) – terug op het rechterdeel. Dit betekent dat harm-reductioninitiatieven noch preventie- noch hulpverleningsinitiatieven vervangen. Harm reduction is gewoon één manier om een antwoord te geven op alcohol- en druggerelateerde problemen en vormt als dusdanig een aanvulling van het bestaande aanbod.

6 ▸ Bibliografie

Australian Drug Foundation, *Treatment*.
URL: www.adf.org.au/drughit/treat.html, 2002.

Berridge, V., Harm minimisation and public health: an historical perspective. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs & harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 55-64.

BIRN, *Belgian National Report on drugs 2001, Commissioned by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, IPH/EPI Reports nr. 2002-001*. Brussel: BIRN, 2002.

BIRN, *Belgian National Report on drugs 1998, National Policy, Epidemiology, Demand Reduction, Early Warning System, Reitox Belgian Focal Point, Scientific Institute of Public Health – LP*. Brussel: BIRN, 1999.

Belgisch Instituut Voor Verkeersveiligheid, Bob-campagne.
URL: http://www.bivv.be/main/OnzeCampagnes/Archief/DetailCampaign.shtml-detail = 645988575&language = nl.htm, 2003.

Borland, R. & Scollo, M., Opportunities for harm minimization in tobacco control. *Drug and Alcohol Review*, 1999, *18*, 345-353.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & van der Molen, H.T., *Gezondheids-voorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2000, pp. 17.

Buning, E., The role of harm reduction programmes in curbing the spread of HIV by drug injectors. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), *Aids and drug misuse.The challenge for policy and practice in the 1990's*. London, New York: Routledge, 1990, 153-161.

Buning, E., *Fifteen years of harm redcution: a reflexion*.
URL: http://www.drugtext.org/library/articles/923411.html , 2002(a).

Buning, E., *Harm reduction in mainstream thinking*.
URL: http://www.drugtext.org/library/articles/92346.html , 2002(b).

Cameron, D., Harm minimisation in clinical practice. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm.* London: Free Association Books Ltd., 1997, 233-247.

Daisy, F., Thomas, L.R., Worley, C., Alcohol use and harm reduction within the native community. In: G.A. Marlatt (Ed.), *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press, 1998, pp. 327-350.

De Cauter, F., *Methodiek van de preventieve projectwerking*. Leuven: Acco, 1990.

De Maere, W., Eén jaar spuiten verdelen en ruilen in Vlaanderen. *VAD-berichten*, 2002, *1*, 7.

DesJarlais, D.C. & Friedman, S.R., AIDS, injecting drug use and harm reduction. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 297-309.

DesJarlais, D.C., Editorial. Harm reduction. A framework for incorporating science into drug policy. *American Journal of Public Health*, 1995, *85(1)*, 10-12.

Donoghoe, M., Stimson, G., Dolan, K., Alldritt, L., Changes in HIV-risk behaviour in clients of syringe exchange schemes in England and Scotland. *Aids*, 1989, *3*, 267-272.

Drew, L.R. & Truswell, A.S., Wernick's encephalophahty and thiamine fortification of food: time for a new direction? *Medical Journal of Australia*, 1998, *168(11)*, 534-535.

Driesen, G., *Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. Onderzoek uitgevoerd door het GIG-project, een gezamenlijk project van VAD en Free Clinic, erkend en gesubsidieerd door het Vlaams Ministerie van Gezondheidsbeleid*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Antwerpen: Free Clinic, 1997.

Drug Watch, *Harm reduction truth and lies*.
URL: http://www.drugwatch.org/T&L%20Harm%20Reduction.htm, 1995.

DuPont, R., Harm reduction and decriminalization in the UNited States: a personal perspective. *Substance Use & Misuse*, 1996, *31(14)*, 1929-1945.

Edwards, G.A.P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., Skög, O.-J., *Alcohol policy and the public good*. New York: Oxford University Press, 1994.

Erickson, P.G., Harm reduction: what it is and what it is not. *Drug and Alcohol Review*, 1995, *14*, 283-285.

Erickson, P.G., Introduction: the three fases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Substance Use & Misuse*, 1999, *34(1)*, 1-7.

Fromberg, E., *The ideologies behind harm reduction*. Paper presented at the 6th International Harm Reduction Conference, Florence, 26-30 March 1995.
URL: http://www.drugtext.org/library/articles/erike4.html, 2002.

Garretsen, H.F.L. & van de Goor, I., Harm reduction and alcohol.
URL: http://www.drugtext.org/library/articles/92343.html, 2002.

Graham, K., Homel, R., Creating safer bars. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm. What works?* New York: Free Association Press, 1997, 171-192.

Hathaway, A.D., Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal on Drug Policy*, 2001, *12*, 125-137.

Hawks, D., Impediments to the global adoption of harm-reduction policies. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hara (Eds.) *Psychoactive drugs & Harm Reduction. From Faith to Science*, London: Whurr Publishers, 1992, 93-102

Henman, A., Harm Reduction or harm aggravation? The impact of the developed countries' drug policies in the developing world. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 247-256

Hunt, N., The importance of clearly communicating the essence of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 2001, *12*, 35-36.

IHRA, *Principles of harm reduction*. URL: http://213.130.160.23/harmreduction/prince.html, 2002(a).

IHRA, *What is harm reduction?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option = articles&Itemid = 3&topid = 0&Itemid = 3#, 2002(b).

IHRA, *Is harm reduction and drug law reform the same thing?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option = articles&Itemid = 3&topid = 0&Itemid = 3#, 2002(c).

IHRA, *Are drug law enforcement and harm reduction irreconcilable?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option = articles&Itemid = 3&topid = 0&Itemid = 3#, 2002 (d).

IHRA, What is the relevance of harm reduction to alcohol-related problems? URL: http://www.ihra.net/index.php?option = articles&Itemid = 3&topid = 0&Itemid = 3#, 2002(e).

Kamieniecki, G., Vincent, N., Allsop, S., Lintzeris, N., *Models of intervention and care for psychostimulant users.* Monograph Series No 32, National Centre for Education and Training on Addiction, Publication number 2226, Australia: Looking Glass Press for Publications and Design (Public Affairs), 1998.

Kinable, R., Casselman, J., Todts, S. & Van Deun, P., *Drugsgebruikers en AIDS. AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project. Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Antwerpen: Free Clinic, 1994.

Lenton, S., Midford, R., Clarifying 'harm reduction'? *Drug and Alcohol Review*, 1996, *15*, 411-413.

Lenton, S. & Single, E., The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 1998, *17*, 213-220.

Leurquin, P., Bils, L., Hariga, F., Kottgen S., Laudens, F., Vanderveken, M., *Belgisch nationaal rapport over drugs*. *IPH/EPI reports nr. 2000-018.* Brussel: BIRN, 2001.

Maatschappelijk Geneeskundige Research, *Het COOL-project in Sint-Niklaas. Maart-november 1994. Extern rapport*. Antwerpen: Maatschappelijk Geneeskundige Research, 1994.

MacCoun, R.J., Reuter, P., *Drug war heresies. Learning from other vices, times, & places*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

Marlatt, G.A., *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors.* New York: The Guilford Press, 1998.

Martin, C., Commentary on "Policy – alcohol and other drugs." In J. Langenbucher et al. (Eds.), *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, vol. 3. Oxford: Pergamon, *1994*, 399-401.

McDermott, P., Representation of drug users. Facts, myths and their role in harm reduction strategy. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge, 1992, 195-201.

Mugford, S., Harm reduction: does it lead where its proponents imagine? In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 21-33.

Nadelmann, E., *Legalisation or harm reduction: the debate continues. Are you a libertarian legaliser or a progressive prohibitionist?* URL: http://www.drugtext.org/library/articles/923203.htm, 2002.

Newcombe, R., High time for harm reduction. *Druglink*, 1987, *1*, 10-11.

Newcombe, R., The reduction of drug-related harm. A conceptual framework for theory, practice and research. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), *The reduction of drug-related harm*. London, New York: Routledge, 1992, 1-14.

Newcomb, M.D., Predictors of drug use and implications for the workplace. In: S. MacDonalds & P.M. Roman (Eds.), *Drugtesting in the workplace. Research advances in alcohol and drug problems*, Volume 11:. New York: Plenum Press, 1994. Normand, J., Vlahov, D., Moses, L. (Eds.), *Preventing HIV transmission. The role of sterile needles and bleac*h. Washington, DC: National Academy Press, 1995.

Plant, R., Single, E., Stockwell, T. (Eds.), *Alcohol: minimising the harm*. London: Free Association Books Ltd., 1997.

Peele, S., What is harm reduction and how do I practice it? *Smart Recovery News & Views*, *Summer 2002*, 5-6.

Prochaska, J.O., Di Clementi, C.C., *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therap*y. Homewood, Illinois: Dow-Jones-Irwin, 1984.

Prochaska, J., Di Clemente, C.C., Velicor, W.F., Rossi, J.S., Criticism and concerns of the transtheoretical model in the light of recent research. *British Journal of Addiction*, 1992, *87*, 825-829.

Roche, A.M., Evans, K.R., Stanton, W.R, Section III: Health Services Issues in Addiction. Harm reduction: roads less travelled to the Holy Grail, *Addiction,* 1997, *92(9)*, pp. 1207-1212.

Rosenbaum, M., The de-medicalization of methadone maintenance. In P. Erickson et al. (Eds.), *Harm reduction: a new direction for drug policies and programs*. Toronto: University of Toronto Press, 1997, 69-79.

Rufener, B.L., Rachal, J.V., Cruze, A.M., Costs of drug abuse to society. In: I. Leveson (Ed.), *Quantitative explorations in drug abuse policy*. Lancaster: PMT Press Ltd., 1980, pp. 1-12.

Saltz, R.F., Preventing where alcohol is sold and consumed: server intervention and responsible beverage service. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm. What works?* New York: Free Association Press, 1997, pp. 85-104.

Sleiman, S., Sartor, F., (2003). *Belgian National Report on drugs 2002, commissioned by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Lisbon.* IPH/EPI *reports nr. 2002-024.* Brussel: BIRN.

Stockwell, T., *Harm reduction: the drugification of alcohol policies and the alcoholisation of drug policies*. Presentatie op de conferentie '100 Years later: Alcohol Policies Revisited from Science to Action, Bern, Zwitserland, 28-29/10/2002.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blätter, R., & Pfeifer, S., *Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of the Swiss National cohort study.* Freiburg: Karger, 1999.

VAD-Free Clinic-NIAD, *Peer support en peer education: een methodiek voor aidspreventie naar injecterende druggebruikers. Verslagboek van de studiedag op 7 en 8 november 1995 in Antwerpen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Antwerpen: Free Clinic, Utrecht: Nationaal Instituut voor Alcohol en Drugs, 1995.

Youth Research Center, *Rethinking drinking*. Parkerville: University of Melbourne, 1995.

Ward, J., Mattick, R., Hall, W., *Methadone maintenance treatment*. Sydney, Australia: University of New South Wales Press, 1992.

Westermeyer, W., *Reducing harm: a very good idea*. URL: www.cts.com/crash/habtsmart/harm.html, 2003.

Wiebel, W.W., Sampling issues for natural history studies including intravenous drug abusers. In P.I. Hartsock & S.G. Genser (Eds.), *Longitudinal studies of HIV infection in intravenous drug users: methodological issues in natural history research*. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 109. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1991, 51-62.

Wiebel, W., Harm reduction – a historical view from the trenches. *International Journal of Drug Policies*, 2001, *12*, 41-43.

Wodak, A., AIDS and injecting drug use in Australia: a case control study in policy development and implementation. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), *Aids and drug misuse*. London: Routledge, 1990, pp. 132-141.

Zinberg, N. E., *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, London: Yale University Press, 1984.

Centrale commissie behandeling heroïneverslaafden. Heroïne op medisch voorschrift: verkorte weergave van de rapportage. Utrecht: CCBH.
URL: ccbh.nl/NL/index.htm, 2002.

Rationale for harm reduction. In: N. Crofts (Ed.), *Manual for reducing drug-related harm in Asia*. Melbourne: The Centre for Harm Reduction, 2003, pp. 33-42.

Rondetafel harm reduction: bespreking van basisdossier harm reduction met vertegenwoordigers uit het werkveld. VAD, 2003.

7 ▸ Bijlagen

A. *Enkele websites over harm reduction*

- http://www.ihra.net/: officiële website van de IHRA (zie supra)
- http://www.elsevier.nl/locate/drugpo: website van 'the International Journal on Drug Policy', het officiële tijdschrift van de IHRA. Je kan er terecht voor informatie over recente onderzoeken, voor informatie en voor beleidsanalyses die verband houden met het globale drugbeleidsdebat. Het belicht de invloed van drugbeleid op druggebruik en de gevolgen ervan.
- http://www.drugtext.org/: website van de Drugtext Foundation, een organisatie die zich tot doel stelt om informatie te verspreiden en te produceren over middelengebruik, afhankelijkeheid, harm reduction en (inter)nationaal drugbeleid. Je kan hier zoeken in een databank van artikels, waaronder ook grijze literatuur (literatuur die nergens werd gepubliceerd), die in *full-text*versie kunnen geraadpleegd worden.
- http://www.harmreduction.org/: website van de harm reduction coalition (HRC), een Amerikaans netwerk en belangengroep van mensen die in de praktijk met harm reduction werken, dat een eigen trainingsinstituut heeft.
- http://www.soros.org/harm-reduction/: website van het International Harm Reduction Development program (IHRD) van het Open Society Institute (OSI) in Oost-Europa.
- http://www.harmreductiontherapy.org/: website van de Harm Reduction Therapy Center, een organisatie die hulpverlening aanbiedt vanuit het harm-reduction-denkader.
- http://www.chr.asn.au/: website van de Australische harm-reductionorganisatie, the Centre for Harm Reduction van het Burnet Institute, een instelling die zich bezighoudt met onderzoek naar virale infectieziekten bij mensen.
- http://www.drugscope/org.uk/: website van Drugscope, een expertisecentrum in Groot-Brittannië, dat tot doel heeft om beleidsontwikkelingen toe te lichten en om druggerelateerde risico's te beperken. De organisatie voorziet in informatie over drugs, promoot effectieve reacties op druggebruik, neemt onderzoeksinitiatieven op lokaal, nationaal en internationaal niveau, organiseert trainingen, ...
- http://www.lindesmith.org/: website van de Drug Policy Alliance, een Amerikaanse organisatie die ijvert voor een nieuw drugbeleid in de Verenigde Staten, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, gezond verstand, volksgezondheid en mensenrechten.

B. *Taxonomie van druggerelateerde schade*

(Uit: MacCoun & Reuter, 2001, pp. 106-107)

G.CATEGORIE	SCHADE	WIE LOOPT HET RISICO ? gebruiker	dealer	familie en vrienden	werkgever	buren	maatschappij	VOORNAAMSTE BRON VAN SCHADE
GEZONDHEID	▶ kosten voor de volksgezondheid (drughulpverlening, andere)				x		x	gebruik
	▶ privékosten voor gezondheid (drughulpverlening, andere)	x		x	x			gebruik
	▶ lijden door fysieke ziekte (acuut, chronisch)	x		x				gebruik
	▶ lijden door psychische ziekte (acuut, chronisch)	x		x				gebruik
	▶ afhankelijkheid	x		x				gebruik
	▶ effecten van gebruik van de moeder op haar kind	x		x			x	gebruik
	▶ besmetting met HIV of andere ziektes	x		x			x	gebruik, illegale status
	▶ preventie van kwaliteitscontrole	x						illegale status
	▶ weerstand tegen een vrijwillige behandeling voor drugproblemen	x		x				repressie
	▶ beperkingen op het medicinaal gebruik van drugs							illegale status
SOCIAAL EN ECONOMISCH FUNCTIONEREN	▶ verminderde schoolprestaties	x		x	x		x	gebruik
	▶ verminderde werkprestaties	x			x		x	gebruik
	▶ slecht ouderschap, kinderverwaarlozing of -mishandeling			x		x	x	gebruik

	▶ invloed op gebruik van anderen			x	x	x	x	gebruik
	▶ verminderd zelfwaardegevoel m.b.t. druggebruik	x						gebruik, illegale status
	▶ schade aan de reputatie m.b.t. druggebruik	x						gebruik, illegale status
	▶ verminderde inzetbaarheid door druggebruik	x					x	gebruik, illegale status
	▶ toenemende criminele ervaring	x	x					illegale status
	▶ bekendheid met criminele netwerken	x				x	x	illegale status
	▶ prijsstijging van product	x					x	repressie
	▶ inperking van de persoonlijke vrijheid	x	x		x	x	x	repressie
	▶ preventie / beperking van de voordelen van gebruik	x						illegale status
VEILIGHEID EN OPENBARE ORDE	▶ slachtoffer van een ongeval (verkeer, werk, ...)	x		x	x	x	x	gebruik
	▶ slachtoffer van verwervingscriminaliteit			x	x	x	x	gebruik, repressie
	▶ psychofarmacologisch geweld	x	x	x	x	x	x	gebruik
	▶ economisch compulsief geweld	x	x	x		x	x	repressie
	▶ angst, beperkte mobiliteit			x		x	x	illegale status, status
	▶ gevoel van overlast				x	x	x	gebruik, repressie
	▶ verminderde eigendomswaarde in de nabijheid van markten				x	x		repressie
	▶ zichtbare, wijdverspreide wetsovertredingen						x	illegale status

G.CATEGORIE	SCHADE	WIE LOOPT HET RISICO ? gebruiker	dealer	familie en vrienden	werkgever	buren	maatschappij	VOORNAAMSTE BRON VAN SCHADE
CRIMINALITEIT EN JUSTITIE	▶ toenemende politiekosten						x	repressie
	▶ toenemende gerechtskosten						x	repressie
	▶ toenemende gevangeniskosten						x	repressie
	▶ beslag leggen op de beperkte ruimte in gevangenissen						x	repressie
	▶ overbevraging en vertraging van het justitieel apparaat						x	repressie
	▶ politie-invallen in de privésfeer	x	x	x		x		repressie
	▶ corruptie van wettelijke authoriteiten						x	repressie
	▶ demoralisatie van wettelijke authoriteiten						x	repressie
	▶ overtreding van de wet	x	x				x	illegale status
	▶ devaluatie van arrestaties als morele sanctie						x	repressie
	▶ inmenging in drugproducerende landen						x	repressie
	▶ gespannen internationale contacten						x	repressie
	▶ boetes	x	x	x				repressie
	▶ verlies van tijd en inkomen (in gerecht, in gevangenis)	x	x	x	x			repressie
	▶ wettelijke kosten	x	x	x			x	repressie
	▶ stigma van een strafblad, van gevangene	x	x	x				repressie
	▶ bang om opgepakt te worden	x	x	x				repressie

c. Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 4, § 2, 6° van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies *5 juni 2000*

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
Gelet op de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, inzonderheid op artikel 1bis, §§ 1 en 3, ingevoegd bij de wet van 21 juni 1983 en gewijzigd bij de wet van 20 oktober 1998 en op artikel 6, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 augustus 1997 en de wet van 20 oktober 1998;
Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, inzonderheid op artikel 4, § 2, 6°, ingevoegd bij de wet van 17 november 1998;
Gelet het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 31 januari 1996;
Gelet op het advies van de Hoge Gezondheidsraad, gegeven op 2 mei 2000;
Gelet op het besluit van de Ministerraad van 19 maart 1999 over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;
Gelet het advies van de Raad van State, gegeven op 1 juni 1999, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;
Op de voordracht van Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,
Hebben Wij besloten en besluiten Wij:
Artikel 1. Dit besluit bepaalt de voorwaarden en de modaliteiten voor het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling, zelfs kosteloos, van steriel injectiemateriaal, van ontsmettingsmiddelen en van steriel verband door de personen hiertoe gemachtigd bij dit besluit.
De bepalingen van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen zijn van toepassing op dit besluit, met uitzondering van de bepalingen van artikel 10, §§ 7, 9 en 10 van bovenvermeld koninklijk besluit van 18 maart 1999.
Artikel 2. De personen gemachtigd om de materialen bedoeld in artikel 1 in detail te verkopen of ter hand te stellen, zelfs kosteloos, zijn:

- hetzij de geneesheren;
- hetzij de verpleegsters, psychologen, paramedici en sociale werkers, voor zover zij beroepshalve verbonden zijn aan een gespecialiseerd centrum.

Onder gespecialiseerd centrum verstaat men elke structuur, door de bevoegde overheid erkend of gesubsidieerd, die kan aantonen een praktijk te voeren inzake de therapeutische opvang en sociale begeleiding van druggebruikers of inzake de preventie van overdraagbare aandoeningen.

Artikel 3. Het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling van de in artikel 1 bedoelde producten, mogen tegen niet meer dan de aankoopprijs gebeuren.

Tenzij in geval van hoogdringendheid, kan steriel “injectiemateriaal” alleen in ruil voor gebruikt injectiemateriaal kosteloos ter hand gesteld worden.

Art. 4. Het te koop aanbieden, de verkoop of de terhandstelling, zelfs kosteloos, van steriel injectiemateriaal moeten gepaard gaan met het verstrekken van schriftelijke informatie betreffende:

- het goed gebruik ervan;
- het bestaan en indicaties van serologische tests;
- het bestaande aanbod tot het verkrijgen van bijkomende sociale, psychologische, medische en juridische hulp.

Artikel 5. De in artikel 2 bedoelde personen, moeten zich bevoorraden met steriel injectiemateriaal, met ontsmettingsstoffen en steriele verbandstoffen die conform zijn aan de reglementering die van kracht is.

Zij zijn er daarenboven toe gehouden zich te bevoorraden bij apothekers of bij verdelers, groothandelaars, invoerders en fabrikanten erkend door de Minister van Volksgezondheid.

Het verworven materiaal moet worden bewaard in omstandigheden waardoor de steriliteit kan worden behouden.

Het gerecupereerd reeds gebruikt materiaal dient bewaard te worden in daartoe voorziene recipiënten, en in voorwaarden die elk hergebruik of elk ongeval onmogelijk maken.

Art. 6. De in artikel 2 bedoelde personen zijn verplicht een register bij te houden waarin het volgende dag na dag wordt vermeld:

- de hoeveelheid verworven materiaal;
- de hoeveelheid terhandgesteld of verkocht materiaal;
- de hoeveelheid reeds gebruikt injectiemateriaal, dat werd gerecupereerd;
- de identiteit van de leveranciers bedoeld in artikel 5, tweede lid;
- de aankoopprijs en, in voorkomend geval, de verkoopprijs van het materiaal vermeld in artikel 1.

Dit register moet ter beschikking worden gehouden van de Algemene Farmaceutische Inspectie.
Art. 7. Onze Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 5 juni 2000.

ALBERT
Van Koningswege:
De Minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
Mevr. M. AELVOET

D. *22 augustus 2002.* – *Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* [1]

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt:
Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.
Art. 2. In artikel 3 van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, vervangen door de wet van 9 juli 1975 en gewijzigd door de wet van 17 november 1998, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
1. het huidige eerste lid wordt § 1;
2. het huidige tweede en derde lid worden samen § 2;
3. het huidige vierde lid wordt § 3;
4. het artikel wordt aangevuld met een § 4, luidende:
« § 4. De behandeling met vervangingsmiddelen verstrekt door een beoefenaar van de geneeskunde kan niet worden bestraft krachtens de vorige paragraaf.
Voor de toepassing van deze wet wordt onder «behandeling met vervangingsmiddelen» verstaan elke behandeling die bestaat in het voorschrijven, toedienen of afgeven aan een verslaafde patiënt van verdovende middelen bij wijze van geneesmiddel en die, in het kader van een therapie, de verbetering van de gezondheid en de levenskwaliteit van de patiënt beoogt en indien mogelijk tot diens ontwenning leidt.
De lijst van verdovende middelen en psychotrope stoffen die bij wijze van geneesmiddel toegelaten zijn voor de behandeling met vervangingsmiddelen wordt bepaald door de Koning op voorstel van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.
Op voorstel van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, bepaalt de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de voorwaarden met betrekking tot:
1° het afgeven en de toediening van het geneesmiddel;
2° de registratie van de behandeling door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksge-

zondheid en Leefmilieu op voorwaarde dat de reglementering inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt nageleefd.
Voor de geneesmiddelen die Hij bepaalt, bepaalt de Koning, op voorstel van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, voorwaarden wat betreft:
1° het aantal patiënten dat per arts in behandeling mag worden genomen;
2° de begeleiding van de behandeling en de bijscholing van de arts;
3° de contacten die de voorschrijvende arts onderhoudt met een gespecialiseerd centrum of met een netwerk voor behandeling.»

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.
Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 22 augustus 2002.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu,
Mevr. M. AELVOET
Met 's Lands zegel gezegeld:
De Minister van Justitie,
M. VERWILGHEN

______

Nota
(1) Stukken van de Senaat:
2 – 11 – BZ 1999:
Nr. 1: Wetsvoorstel van de heer Mahoux c.s.
2 – 11 – 2000/2001:
Nr. 2: Amendementen.
Nr. 3: Advies van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden.
Nr. 4: Amendementen.
Nr. 5: Verslag.
Nr 6: Tekst aangenomen door de commissie.
Nr. 7: Amendementen.
Nr. 8: Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Kamer van volksvertegenwoordigers.
Handelingen van de Senaat: 17 en 18 april 2002.

E. *Koninklijk Besluit tot uitvoering van artikel 3x4 van de wet van 24 februari 1924 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica*

voorlopige samenvatting in afwachting van publicatie in het Staatsblad

Wie mag afleveren?

Een apotheker of een beroepsbeoefenaar die gemachtigd is om geneesmiddelen af te leveren (art. 4x2, 1° en 2° van KB nr. 78 november 1976).

Hoe wordt het vervangingsmiddel afgeleverd en aan wie?

- in een kindveilige verpakking
- persoonlijk aan de patiënt
- in een dagelijkse dosis

→ Uitzonderingen op bovenstaande kunnen toegestaan worden indien de patiënt behandeld wordt in een gespecialiseerd centrum of netwerk voor behandeling.

Toediening gebeurt per oraal in aanwezigheid van:

- de *apotheker* die aflevert of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid optreedt;
- een *zorgverstrekker* in een gespecialiseerd centrum of netwerk voor behandeling die onder de verantwoordelijkheid valt van de *voorschrijvende geneesheer*.

Indien de persoon die aflevert en/of toedient onregelmatigheden vaststelt, verwittigt hij/zij steeds de voorschrijvende arts.

Welke vervangingsmiddelen zijn opgenomen?

- Methadon
- Buprenorfine

Voorwaarden om een behandeling met vervangingsmiddelen op te starten:

- Vanaf regelmatige behandeling van tenmiste vijf patiënten is deelname aan een door de minister met dat doel erkend multidisciplinair zorgprogramma verplicht.
- Samenstelling multidisciplinair zorgprogramma:
  - minimum twee andere geneesheren (met minimum vijf patiënten in begeleiding),

- een psychiater,
- psycholoog (met praktijkervaring),
- maatschappelijk werker.

- De behandelende geneesheer sluit een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere gespecialiseerde centra of netwerk voor behandeling.

Opdracht van multidisciplinair zorgprogramma:

- permanente vorming (behandeling – wetgeving)
- waken over de kwaliteit van de behandeling, bespreking van de behandelde gevallen, opvolgen en onderzoeken van probleemgevallen
- draaglast gekoppeld aan aantal patiënten bespreken

Registratie van behandeling is verplicht. Wat moet men registreren?

- identificatiegegevens van de *voorschrijvende* geneesheer
- identificatiegegevens van de *afleverende* apotheker of beroepsbeoefenaar
- identificatieteken waardoor de registratieoverheid de voorschriften kan opsporen zonder hierbij de *identiteit van de patiënt* kenbaar te maken.

De registratieoverheid verwittigt de voorschrijvende arts indien de patiënt in dezelfde periode in behandeling is bij verschillende artsen.

De registratiegegevens kunnen gebruikt worden voor statistische doeleinden.